Évolution de la fécondité et des comportements féconds dans la vallée du Ntem (Sud-Cameroun) depuis 1940

Hélène Pagezy, Daniel Bley et Olivier Bernard

Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/bmsap/6079>

DOI : 10.4000/bmsap.6079

ISSN : 1777-5469

Éditeur

Société d'Anthropologie de Paris

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2001

ISSN : 0037-8984

Référence électronique

Hélène Pagezy, Daniel Bley et Olivier Bernard, « Évolution de la fécondité et des comportements féconds dans la vallée du Ntem (Sud-Cameroun) depuis 1940 », *Bulletins et mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris* [En ligne], 13 (1-2) | 2001, mis en ligne le 13 janvier 2010, consulté le 01 juin 2021. URL : <http://journals.openedition.org/bmsap/6079> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/bmsap.6079>

Les contenus des *Bulletins et mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris* sont mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.

ÉVOLUTION DE LA FÉCONDITÉ ET DES COMPORTEMENTS FÉCONDS DANS LA VALLÉE DU NTEM (SUD-CAMEROUN) DEPUIS 1940

Hélène PAGEZY ¹, Daniel BLEY ², Olivier BERNARD ¹

RÉSUMÉ

Une enquête rétrospective de fécondité a été menée auprès de 325 femmes de 13 villages la vallée du Ntem au Sud-Cameroun et de 62 adolescentes du lycée de Ma'an (Sud-Cameroun), sexuellement actives, âgées de 15 ans et plus. L'accroissement de la fécondité en relation avec la quasi-disparition de la stérilité primaire s'est accompagné de changements de pratiques et d'aspirations des femmes en matière de sexualité dans un contexte global de mobilité liée pour les jeunes à la scolarisation. Ces phénomènes précèdent et annoncent la deuxième phase de la transition démographique, telle qu'on l'observe dans la plupart des pays en voie de développement.

Mots-clés : fécondité, stérilité, sexualité, Afrique centrale, Cameroun, scolarisation, enquête rétrospective.

SUMMARY

A retrospective fertility survey has been conducted in 325 women from 13 villages of the Ntem valley (southern Cameroon) and 62 teenagers from Ma'an secondary school, over 15 years old. The important increase of fertility related to the disappearing of the primary sterility has been accompanied with women's changing attitudes, aspirations and sexual behaviours in a context of mobility related to higher school levels. These phenomena are likely to precede and announce the future demographic transition as usually observed in most developing countries.

Keywords: fertility, sterility, Central Africa, Cameroon, sexuality, education level, retrospective survey.

-
1. UMR 6578 du CNRS-Université de la Méditerranée, Faculté de Médecine, 27 bld Jean Moulin, 13385 Marseille Cedex 5.
 2. UMR 5036 CNRS-Université Victor Segalen Bordeaux 2, case 71, 146 rue Léo-Saignat, 33076 Bordeaux Cedex.

INTRODUCTION

Comme la plupart des régions forestières d'Afrique Centrale, le Sud-Cameroun fait partie de l'importante zone d'infécondité mise en évidence dans les années cinquante (Romaniuk, 1967, Coale, 1969). Contrairement aux régions tropicales d'Afrique occidentale, où les aires de faible fécondité forment de petits îlots totalisant environ 5 à 600 000 personnes, dans la bande équatoriale elles forment de vastes étendues couvrant de façon plus ou moins continue le bassin du fleuve Congo et ses affluents, du Gabon au Nil et aux Grands Lacs, peuplé de plusieurs millions de personnes (Retel Laurentin, 1974, p. 6). Ainsi, Romaniuk (1967) rapporte des taux de stérilité pouvant dépasser 50 % dans certains groupes ethniques de la « cuvette centrale » (Mongo) et de la province orientale (Azandé) au Congo (ex Zaïre).

Si certaines populations, comme les Mongo et les Zandé (RDC ex Zaïre, Centrafrique, Soudan), amorcent un redressement démographique à partir de 1930, chez les Gabonais et les Camerounais du Sud, « cette évolution semble irréversible jusqu'en 1950 et au delà » (Retel-Laurentin, 1974).

Or on observe actuellement, et seulement depuis quelques décennies, dans certaines de ces régions, un redressement spectaculaire des taux de fécondité, que certains auteurs tels que Tabutin (1982) ont qualifié de « phénomène sans précédent ».

En nous appuyant sur ces observations, nous nous proposons d'étudier l'évolution du contexte d'infécondité et ses manifestations dans la société Ntumu et Mvae au Sud-Cameroun au cours de la deuxième moitié du XX^e s., en relation avec les pratiques de gestion de la vie sexuelle et de la vie féconde.

La transition démographique, telle qu'elle se manifeste dans la plupart des pays en voie de développement, aboutit dans sa phase finale à un abaissement du nombre de naissances vivantes par femme. En ce qui concerne spécifiquement la fécondité, la diminution de la mortalité périnatale, suite à l'amélioration des conditions de vie, d'hygiène et de l'accès aux soins, précède l'abaissement du taux de fécondité causé essentiellement par l'adoption de pratiques contraceptives efficaces (Chesnais, 1986). En Afrique centrale, le phénomène apparaît très différent puisque l'on assiste actuellement à une augmentation de la fécondité des femmes, bien que l'on puisse supposer un renversement de la tendance au cours des prochaines décennies suite à l'adoption de pratiques contraceptives modernes efficaces.

Les Ntumu et les Mvae de la boucle du Ntem au Sud-Cameroun font partie du groupe culturel et linguistique Beti Fang, populations patrilineaires et virilocalles d'essarteurs, pratiquant une agriculture diversifiée. Les activités de subsistance, chasse, pêche, cueillette, sont complétées par une culture cacaoyère de rente (Dounias, 1996, Pagezy et col., 2000). La population se caractérise par une forte mobilité (Boudigou et col., 1996 ; Cogels et Pasquet, 1999) qui s'exprime dans des relations de voisinage, tout

autant que par la fréquentation des villes des pays limitrophes pour de multiples raisons (commerce, visite familiale...).

MÉTHODOLOGIE

Une enquête rétrospective de fécondité³ a été menée en février 1997 et 1998 auprès de 325 femmes (sur les quelque 450 recensées en 1996) âgées de 15 ans et plus, vivant dans 13 villages de la vallée du Ntem au Sud-Cameroun (*fig. 1*) peuplés en 1996 de 1674 habitants (cf. Bley et col., 1999). Il s'agissait de reconstituer la vie génésique des femmes, événement par événement. Chaque grossesse a ainsi été située par rapport à la précédente et son devenir (fausse-couche, mort né, naissance vivante) soigneusement noté en suivant une grille séquentielle (première grossesse puis deuxième, etc.).

Cette enquête a été couplée, pour chaque femme, d'un entretien sur la mortalité et la mobilité résidentielle des enfants nés vivants, la gestion de la sexualité de la mère depuis la première relation sexuelle et la mobilité conjugale. À la fin de l'entretien, la femme interrogée pouvait exprimer ses recours et ses aspirations⁴. Une enquête complémentaire a été menée en janvier 2000 auprès de 106 collégiennes (classes de 6^e à seconde) dont 62 sexuellement actives, du petit centre administratif de Ma'an (environ 700 habitants) que fréquentent les élèves originaires de ces villages.

Nous avons divisé notre échantillon villageois en 4 groupes d'âge en rapport avec le contexte de fécondité/stérilité et le mode de vie lié à la fréquentation scolaire (*tabl. 1*) :

– **les adolescentes de 15 à 19 ans.** Elles sont 40 jeunes femmes sur les 79 recensées en 1996 (51 %). La mobilité et la *fréquentation scolaire* sont les principales raisons de ce faible effectif. La majorité (80 %) sont encore célibataires dont 6 jeunes filles non encore réglées. Toutes sont scolarisées au village. Les élèves du cycle secondaire ont été vues directement au lycée de Ma'an ;

– **les femmes jeunes de 20 à 29 ans.** Elles représentent 72 % de la population recensée en 1996. Toutes ces femmes sont réglées, leurs règles étant plus ou moins régulières. Toutes ont été *scolarisées*. La majorité a été mariée de une à trois fois et 8 % sont encore célibataires ;

3. Cette recherche s'inscrit dans le volet démographie du programme APFT (Avenir des Peuples des Forêts Tropicales), financé par l'Union Européenne (DG8) (Bley et Pagezy, 2000 ; Pagezy et col., 2000). Il s'agit d'un programme de recherche multidisciplinaire, multisite (forêts denses de l'aire ACP), auquel ont participé des chercheurs en sciences biologiques (agronomes, botanistes, écologues) et en sciences humaines (anthropologues, psychologues, démographes, médecins).

4. Contrairement à l'aspiration qui se situe au niveau du désir (aspirer à un accroissement ou à une réduction de fécondité, à un espacement des naissances), le recours sous-entend une action dirigée vers la recherche d'assistance, en vue de la résolution de problèmes (avoir recours à la tradithérapie, à la biomédecine, à l'usage de préservatifs, à l'avortement...).

Fig. 1 - Localisation de la zone d'étude : la vallée du Ntem au Sud-Cameroun.

– **les femmes de 30 à 49 ans.** Elles représentent 84 % des femmes de même âge recensées en 1996. La grande majorité (93%) n'est pas ménopausée, bien que certaines femmes approchant la cinquantaine, soient vraisemblablement préménopausées. Les femmes de cette génération ont été *largement scolarisées, mais peu en cycle secondaire*. La plupart d'entre elles (82 %) vivent en union ⁵, 8 % sont divorcées, 10 % sont veuves ou vivent en lévirat ⁶ auprès du jeune frère de leur mari ; toutes ont été mariées de une à 5 fois ;

– **les femmes de 50 ans et plus.** Elles représentent 74 % des femmes recensées en 1996. La grande majorité (81 %) a terminé sa vie génésique ⁷. Les femmes de cette génération ont été *peu scolarisées* et dans ce cas ont un bas niveau d'instruction. La majorité (88 %) d'entre elles ont été mariées une ou deux fois, essentiellement en polygamie. Presque la moitié (42 %) des femmes sont actuellement *veuves*. Anciennes épouses de polygames, nombreuses sont celles qui, pour cause de stérilité, n'ont pas d'enfant pour les soutenir.

	Effectifs		Âge moyen	Statut physiologique	Scolarisation			
	N	%			NS +bulu	Primaire	Collège	Lycée
Villages								
15-19 ans	40	51 %	17,4 ans	85 %	0	55 %*	45 %**	0 %
20-29 ans	70	72 %	21,9 ans	100 %	0	39 %	58 %	3 %
30-49 ans	114	84 %	38,2 ans	93 %	5 %	67 %	28 %	0
50 ans +	101	74 %	61,6 ans	0 %	40 %	58 %	2 %	0
Lycée de Ma'an								
15-21 ans	106	-	15,2 ans	71 %	0	0	98 %	2 %

Tabl. 1 - Caractéristiques des échantillons étudiés.

Échantillon villageois (février 1997, février 1998). Effectif par classe d'âge (N) et pourcentage (%) des femmes étudiées par rapport à la population recensée en 1996. Dernière scolarité effectuée :

NS + bulu : non scolarisée et école bulu

* Parmi les élèves scolarisées en primaire (7,5 % en CE ; 47,5 % en CM), un certain nombre poursuivront leurs études au collège.

** Les élèves de collèges et de lycée originaires du village, étant absentes, ne sont pas comptabilisées.

Échantillon urbain. Élèves du lycée de Ma'an (janvier 2000).

5. Union monogame (65 %) ou polygame (17 %).
6. Il s'agit d'une forme de mariage, le jeune frère du mari, en héritant de la compensation matrimoniale versée, hérite de la femme du défunt.
7. Ménopausées (81 %), arrêt prolongé du cycle (13 %) ; les plus jeunes, ayant à peine dépassé la cinquantaine, sont toujours réglées (6 %).

ÉVOLUTION DE L'INFÉCONDITÉ DANS LA VALLÉE DU NTEM

Infécondité et stérilité primaire

L'analyse des courbes de fécondité/stérilité en fonction de l'âge (*fig. 2*) (Bernard, 1998, Molines et col., 2000) met en évidence une augmentation du nombre de naissances vivantes des femmes âgées de 15 à 49 ans, puis une diminution de la descendance à partir de 50 ans. L'évolution de la nulliparité suit une évolution inverse. Très faible avant 49 ans, elle s'élève fortement chez les femmes actuellement ménopausées pour affecter le quart (25 %) des femmes ayant dépassé 50 ans.

Fig. 2 - Évolution de la descendance et de la nulliparité de 325 femmes âgées de plus de 15 ans (d'après Bernard, 1998). En abscisse l'âge des femmes interrogées et leurs effectifs par classe.

La disparition quasi totale de la nulliparité chez les femmes de plus de 35 ans est à mettre en relation, comme ailleurs en Afrique centrale, avec la diminution de la stérilité ⁸, en particulier de la stérilité primaire.

Parmi les principales causes de stérilité, on trouve essentiellement les séquelles de maladies affectant la sphère génitale (gonococcie, chlamydiae, syphilis), infections accessibles à des traitements antibiotiques relativement simples, auxquels il faut ajouter, pour la stérilité secondaire, les séquelles infectieuses et/ou traumatiques liées aux gestes obstétricaux (accouchements ou manœuvres abortives) (Blanc et Dumotier, 1996).

8. Dans les sociétés à fécondité naturelle, la stérilité primaire se définit par l'absence d'enfants viables après 2 ans de vie conjugale normale, la stérilité secondaire par l'absence d'enfant, 4 ans après la naissance du dernier né (Evina, 1990).

Infécondité et stérilité secondaire

L'importante stérilité primaire qu'ont connue les femmes actuellement ménopausées ne semble pas être l'unique facteur impliqué dans l'infécondité au sud du Cameroun. En effet, si on exclut les femmes stériles, la descendance moyenne des femmes de 35 à 49 ans qui peuvent encore concevoir est égale ou supérieure à celle leurs aînées (*fig. 3*).

Deux autres observations tendent à démontrer que les femmes non stériles étaient aussi moins fécondes autrefois (*fig. 4*) :

– dans notre enquête, si près de 45 % des femmes âgées de 35 à 49 ans sont de grandes multipares (7 à 9 enfants nés vivants), seules 30 % des femmes de plus de 50 ans le sont ;

– à l'opposé, alors que 17 % des femmes âgées de 35 à 49 ans ont été peu fécondes (1 à 3 naissances vivantes), 30 % des femmes en fin de vie génésique ou ménopausées sont dans ce cas.

Par ailleurs, nous avons examiné les événements génésiques des femmes fécondes : alternance de grossesses improductives et de naissances vivantes ; durée de l'espace intergénéral par recoupement avec des dates de naissance connues d'enfants. Lorsque l'espace entre les naissances apparaissait comme inhabituellement long, nous avons demandé aux femmes de confirmer cette période d'infécondité et si possible de la commenter ⁹. Ainsi, nous avons pu mettre en évidence un accroissement de la fréquence des épisodes stériles dans le groupe des femmes âgées : la proportion de femmes fécondes ayant eu un épisode stérile augmente avec l'âge (*tabl. 2*).

	20-29ans	30-39 ans	40-49 ans	50 ans +
Stérilité primaire (1)	9 %	2 %	0	26 %
Long épisode stérile (2)	7 %	19 %	33 %	36 %
Stérilité totale (1+2)	16 %	21 %	33 %	62 % **
Grossesses improductives*	14 %	11 %	11 %	21 %

Tabl. 2 - Approche du contexte global d'infécondité selon le type de stérilité.

*Grossesses improductives : $n1$ (fausses couches + morts nés)/ $n2$ (grossesses totales)

20-29 ans : 27/192 ; 30-39 ans : 46/423 ; 40-49 : 42/383 ; 50 ans + : 125/584.

** : 53 % chez les 50-59 ans, 66 % chez les 60-69 ans, 75 % chez les 70 ans et +.

Ainsi, le taux de stérilité total (primaire et secondaire), qui concerne de 53 % à 75 % des femmes de plus de 50 ans, croît avec l'âge, une de ses manifestations étant l'importance des grossesses improductives. La stérilité, qu'elle soit primaire ou secondaire, représente le principal facteur explicatif de l'infécondité prévalant au Sud-Cameroun.

9. La plupart de ces épisodes stériles ont généré des consultations auprès de guérisseurs ou de médecins.

Fig. 3 - Nombre moyen d'enfants nés vivants par femme non stérile (d'après Bernard, 1998). En abscisse l'âge des femmes interrogées et leurs effectifs par classe.

Fig. 4 - Statut de fécondité par classe d'âge, femmes fécondes de plus de 35 ans (d'après Bernard, 1998).

Les représentations culturelles de la stérilité et des maladies sexuellement transmissibles (MST) qui en sont la principale cause témoignent de la proximité qu'ont eue ces populations avec ces dernières. En effet, les Ntumu et les Mvae de la vallée du Ntem se représentent la stérilité, qu'elle soit primaire ou secondaire, par ses manifestations : absence de grossesses, grossesses improductives (fausses couches), douleurs au bas-ventre. La stérilité met en cause un « ver » ¹⁰ (*nsong abiae*) qui provoque des douleurs aiguës au bas-ventre (cf. Bouly, 1998), accompagné souvent d'un acte de sorcellerie. Ce « ver » dérange les femmes, les « pique » ; il peut aussi « croquer » le fœtus, provoquant les fausses couches (*abiae ewa'a*). L'explication des douleurs au bas-ventre par la présence d'un « ver » s'inscrit dans un contexte de proximité avec les maladies vénériennes.

Selon Retel Laurentin (1974), Gentilini (1995) et Evina (1990), la diffusion massive d'antibiotiques à partir des années cinquante pourrait expliquer la quasi-disparition de la stérilité primaire et la diminution de la stérilité secondaire à cette époque.

ÉVOLUTION DES NORMES EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ ET D'ALLAITEMENT

Si la vie génésique des femmes de la vallée du Ntem s'est autrefois exprimée dans un contexte aigu de stérilité, celui des femmes de la génération actuelle est bien différent. En effet, sans vouloir minimiser le biais d'échantillonnage que représente un échantillon de faible effectif, on n'observe de nos jours pratiquement plus de femmes stériles après l'âge de 25 ans. Avant 50 ans, elles sont même très nombreuses à avoir mis au monde 8 enfants vivants voire davantage, descendance bien supérieure à celle désirée ¹¹, alors qu'elles sont encore susceptibles de concevoir (cf. *fig. 3 et 4*). On peut se demander si les comportements féconds et les normes culturelles en matière de sexualité ont pu s'adapter en si peu de temps aux changements de contextes dans lesquels ils s'inscrivent.

De la première relation sexuelle au mariage

La première relation sexuelle et le mariage autrefois

Il y a 50 ans, avoir un enfant était un événement d'autant plus valorisé que la stérilité était une condition qui menaçait les femmes. Les maladies vénériennes, nous l'avons dit, étaient très répandues. Les mariages étaient précoces, les fillettes étaient mariées

10. Il existe deux « vers » dans le corps des femmes, l'un bénéfique donne les enfants, l'autre, maléfique, s'attrape par sorcellerie. Son traitement implique l'intervention d'un guérisseur qui traite aussi la cause du mal.

11. Selon l'enquête démographie-santé (DHS, 1998), la fécondité désirée des femmes est de 4,6 enfants en milieu rural. Pour les femmes en union, elle est de 6,5 enfants.

avant leur puberté, souvent contre leur gré ¹², en polygamie, voire grande polygamie, à des hommes beaucoup plus âgés qu'elles ¹³. La belle-mère surveillait de près la chasteté de la jeune épouse ¹⁴ et, sitôt la venue des premières règles, la fillette était amenée à son mari afin qu'il remplisse son devoir conjugal ¹⁵. Selon Retel-Laurentin (1974), Schrijvers et col. (1991), il est possible que la contamination par les maladies vénériennes ait eu lieu dès le premier rapport sexuel, phénomène amplifié par de multiples surinfections lors des contacts suivants, ce qui peut expliquer l'impact précoce des MST sur les voies génitales, infectées puis bouchées, les jeunes femmes étant dans l'impossibilité de mener à bien une grossesse.

Les femmes les plus âgées n'ont pour la plupart pas été scolarisées ou ont suivi une scolarité de faible niveau (niveaux primaire ou école *bulu* ¹⁶) et sont donc restées dans leur village jusqu'à leur mariage. À cette époque, les petites villes comme Ma'an, Ambam ou Campo accueillaient les rares jeunes filles ayant poussé leurs études jusqu'au CM ou au collège. Elles logeaient chez un tuteur apparenté ou au pensionnat de la mission la plus proche, dont les tarifs étaient, semble-t-il, plus abordables aux villageois.

La première relation sexuelle et le mariage de nos jours

De nos jours, le mariage forcé n'existe plus. La jeune fille n'arrive plus vierge au mariage, concept qu'il devient important de définir. En effet, le mariage est une notion complexe et évolutive (Van de Valle, 1996, Bley et Boetsch, 1999, Bley et col., 1999, p. 26). Les stades se succèdent, coutumier, civil et religieux ¹⁷. Un garçon qui désire avoir des relations sexuelles avec une jeune fille doit se présenter à la mère et lui remettre quelque présent. Lorsque la relation se stabilise dans la durée, on la qualifie d'*ebone*, stade pouvant être assimilé au concubinage notoire. Ce stade peut durer de 1 à 4 ans. *Abom*, ou rapt de la jeune fille ¹⁸, officialise l'union d'un couple dont le garçon n'a pas les moyens de payer la dot. Celui-ci régularisera dès que possible en s'acquittant de son

12. *Aluk mong* ou *ake aluk a ngu*, mariage forcé d'une fille impubère. Les femmes disent qu'elles se sont fait « arrêter » par leurs parents.

13. La plupart des femmes mariées « de force » ont invoqué la qualité de « vieux » de ce mari pour justifier leur divorce.

14. En effet, une jeune fille impubère ne doit pas avoir de relation sexuelle (cf. Bouly, 1998). L'absence de règles ne lui permet pas d'évacuer l'excès de chaleur apportée par le sperme, créant une disharmonie (cf. Héritier, 1996), source de dysfonctionnement. En cas de relations sexuelles, on parle de « viol » (*adjap*), état qui met gravement la santé de la jeune fille en danger.

15. La fillette dormait avec sa belle-mère, ce qui permettait à cette dernière de surveiller la venue des premières règles.

16. Cette école dispensait un enseignement général et ménager pour les filles en langue bulu.

17. Nous remercions Serge Cogels, ethnologue du programme APFT, d'avoir complété nos informations de ses notes personnelles.

18. La jeune fille est enlevée de nuit par son amant et conduite au domicile de ses parents.

montant. Le mariage avec dot (*nsil'aluk, aluk e nsuba*) est un long processus qui prend fin avec le paiement de la totalité de la compensation matrimoniale. Plusieurs modalités diffèrent selon que les parents accompagnent, seuls, leur fille ou s'ils sont accompagnés d'une délégation familiale ou villageoise. C'est à cette occasion que la dot (*eliri*) ou la dot et le trousseau (*yala*) seront publiquement remis à la belle-famille. C'est alors que le couple peut songer au mariage civil (*alat aluk, aluk kang*). Le mariage religieux (*aluk tyos*), très prestigieux, est contracté très tardivement, parfois après 20 ans de vie commune.

Considéré dans nos sociétés comme un facteur explicatif important du recul de la fécondité, dans la mesure où il retarde la venue du premier enfant et abrège la durée de la vie féconde, l'âge au mariage n'a pas vraiment de sens dans ces sociétés où la vie génésique commence et produit des enfants bien avant le paiement de la dot ¹⁹, et où le concept de mariage est une notion ambiguë s'il n'est pas précisé. Pour apprécier la durée de vie féconde il nous semble plus pertinent de retenir l'âge à la première relation sexuelle, qui, dans notre échantillon, semble s'être maintenu autour de 15-16 ans (*tabl. 3*).

En effet, dans la vallée du Ntem l'âge à la première relation sexuelle *a peu évolué* entre les femmes de 20 et celles de plus de 50 ans, puisqu'il découle en général de l'âge des premières règles ²⁰, qui est resté relativement stable en milieu rural alors qu'il s'avère être plus précoce en milieu urbanisé (P. Pasquet, comm pers.).

C'est le contexte de la première relation sexuelle qui semble par contre avoir le plus évolué, dans le sens où elle se passe le plus souvent en ville, en relation avec le niveau scolaire plus élevé des filles (*tabl. 1 et 4*).

De nos jours, le niveau scolaire des filles a progressé. Séparées de leur famille afin de poursuivre leurs études, celles-ci jouissent d'une grande liberté, qu'elles soient accueillies chez un tuteur apparenté (grand frère ou sœur, oncle ou tante), interférant peu sur leur éducation ou favorisant par leur laxisme les relations précoces ²¹ ou qu'elles occupent un studio en location. En effet, dans les petites villes se développe une nouvelle forme de résidence, les « studios » loués aux étudiants des deux sexes, regroupés dans une même parcelle ²².

19. Une femme nous a dit avoir vécu en concubinage (*ebone*) durant 9 ans sans rapt et sans être dotée.

20. Une jeune fille non réglée ne doit pas avoir de relations sexuelles ; c'est dangereux pour sa santé. C'est le cas des jeunes filles impubères, des femmes qui allaitent et des femmes ménopausées (cf. Bouly, 1998). Sur les 325 femmes de notre échantillon, 2 femmes seulement ont reconnu avoir eu leur première relation sexuelle avant leurs premières règles. Il s'ensuit qu'il devenait impudique voire tout à fait inconvenant de poser certaines questions ayant trait à la sexualité aux jeunes filles de 15 ans non réglées.

21. Certains logeurs, même de proches parents demandent à partager les gratifications de l'écolière pour ses prestations sexuelles.

22. Il s'agit souvent d'une case divisée en chambres contiguës. Une chambre se louait 1000 FCFA /mois en 1998, et un « appartement » comprenant une chambre et un salon, 2000 à 3000 F CFA. La cuisine est commune aux studios voisins et chacun va puiser l'eau au puits.

	15-19 ans Ma'an	15-19 ans Village	20-29 ans Village	30-49 ans Village	50 ans + Village
Âge au premier rapport					
N	60	33	74	100	74
moyenne	14,7 ans	15,0 ans	15,7 ans	15,5 ans	15,5 ans
extrêmes	12-18 ans	12 à 18 ans	12 à 21 ans	11 à 20 ans	12 à 25 ans
P 50	14,5 ans	15 ans (1)	16 ans (2)	16 ans	15 ans
Niveau scolaire au premier rapport					
N	60	30	52	71	66
Non scolarisées*	0	0	0	13 %	59 %
CPCE	0	10 %	6 %	7 %	14 %
CM	22 %	37 %	35 %	54 %	26 %
Collège 1	55 %	37 %	40 %	20 %	2 %
Collège 2	23 %	17 %	19 %	7 %	0

Tabl. 3 - Âge et niveau scolaire au premier rapport sexuel.

(1) Régliées à 14,8 ans (n = 19), soit 1,7 ans avant la première relation sexuelle.

(2) Régliées à 14,4 ans (n = 28), soit 2,1 ans avant la première relation sexuelle.

* Non scolarisées : n'ont pas été scolarisées, ont fréquenté l'école bulu ou ont fini leur scolarité.

Localisation de la dernière scolarité	15-19 ans	20-29 ans	30-49 ans	50 ans +
N	37	68	101	75
Village	32 %	31 %	63 %	85 %
Ma'an	35%	25%	6%	3%
Ambam	8%	10%	16%	9%
Eholowa	8%	12%	7%	0%
Autre villes régionales	5%	12%	4%	3%
Total villes régionales	56 %	59 %	33 %	15 %
Yaoundé	3%	6%	4%	0%
Douala	3%	3%	0%	0%
Libreville	5%	1%	0%	0%
Total capitales	11 %	10 %	4 %	0 %

Tabl. 4 - Localisation de la dernière classe fréquentée des femmes ayant terminé leurs études.

Les missions, qui dispensent un enseignement plus valorisé, semblent davantage réservées aux élites, leurs tarifs bien que raisonnables, n'étant de nos jours plus abordables à la plupart des familles. Dans ces parcelles mixtes, les écolières ne sont soumises à aucune surveillance ; elles jouissent d'une totale liberté, loin de l'opprobre que peut susciter les relations préconjugales en cachette ²³ et elles profitent des nombreuses opportunités qui s'offrent à elles.

Aussi, la première relation sexuelle se passe dans la majorité des cas en ville, les partenaires étant le plus souvent célibataires. Ce sont des élèves de cycle secondaire ou supérieur et non plus des cultivateurs comme autrefois. Cette situation engendre une plus grande fragilité des unions et un certain multipartenariat : chez les 20-29 ans, près de la moitié des filles de tout âge avouent avoir eu de nombreux concubins en début de vie génésique, mais rares sont celles qui reconnaissent avoir eu des « passe-temps », relations lucratives éphémères extrêmement dévalorisées. Les premières relations sexuelles évoluent moins souvent qu'autrefois en concubinage notoire, voire en mariage doté. Les partenaires se considèrent comme de « simples amis » et ne cohabitent pas, même si leur relation perdure au-delà d'un an. Une jeune femme épouse moins souvent l'homme qui l'a mise enceinte ²⁴ tandis que le jeune homme, n'ayant pas fini ses études a d'autres préoccupations que le mariage (*tabl. 5*). Du côté des écolières, la grossesse est redoutée car elle est la principale cause de l'interruption temporaire ²⁵ ou définitive des études. La jeune mère retourne dans son village durant au moins une année, l'enfant étant ensuite confié à sa grand-mère.

	15-19 ans	20-29 ans	30-49 ans	50 ans +
Types d'union / N	33	69	111	94
N'ont pas cohabité/simples amis	52 %	51 %	42 %	32 %
Ehoue	30 %	29 %	23 %	17 %
Ahom	15 %	9 %	2 %	1 %
Dot	3 %	6 %	14 %	16 %
Civil	0	4 %	12 %	18 %
Religieux	0	1 %	7 %	16 %
Grossesse avec le premier ami	52 %	50 %	60 %	57 %
Rupture avec le père de l'enfant	9 sur 17 (53 %)	19 sur 33 (58 %)	32 sur 67 (48 %)	20 sur 54 (37 %)

Tabl. 5 - Devenirs de la première relation sexuelle et de la première grossesse.

-
23. Dans ce cas, l'usage veut que l'intéressée bénéficie de l'état de « pas vu pas pris».
24. Un enfant est toujours le bienvenu dans un tel contexte de stérilité. Il arrive qu'un enfant soit adopté par son grand-père qui n'a eu lui-même que des filles; dans ce cas, il ne se montre pas pressé de recevoir la dot du géniteur et fait de cet enfant son héritier.
25. L'interruption temporaire est surtout envisagée par les filles de secondaire qui « marchent » bien. Néanmoins, la reprise n'est pas évidente après une année passée au village. La réinscription s'accompagne d'un changement d'identité, les filles se faisant rajeunir de plusieurs années afin de ne pas être rejetées.

À Ma'an, les effets de la promiscuité et de l'autonomie des élèves retentissent sur la vie sexuelle et génésique. Sur 62 élèves sexuellement actives du lycée de Ma'an interrogées en janvier 2000, 15 ont déjà été ou sont actuellement enceintes, soit 24 %, 10 ont déjà accouché et une a pratiqué l'avortement clandestin. À titre de comparaison, on trouve dans les villages 47 % des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans (15 sur 32 sexuellement actives) qui se sont trouvées enceintes de leur premier ami. Ce chiffre élevé s'explique, soit parce qu'elles n'ont pas poursuivi leurs études au-delà du cycle primaire, soit qu'elles les ont interrompues afin d'élever leur enfant au village.

Les prescriptions liées à l'allaitement et leur évolution

Comme ailleurs en Afrique centrale, dans la vallée du Ntem la femme qui allaite doit s'abstenir de relation sexuelle même avec le père de l'enfant jusqu'au sevrage définitif. Il s'agit pour la mère d'éviter d'« empoisonner » son enfant allaité. Dans le cas où elle enfreint cet interdit, son bébé risque de tomber gravement malade ²⁶, voire de mourir. Le risque d'empoisonnement de l'enfant allaité renvoie à la représentation, répandue dans de nombreuses sociétés africaines (cf. Héritier, 1990, Pagezy, 1997), de l'état de la femme aménorrhéique qui allaite (corps chaud), et de la nature (chaude et dangereuse) du sperme, qui devient nocif en polluant le lait (cf. Bouly, 1998, Pagezy, 1997, Bernard et col., 2000).

Il est admis qu'un allaitement prolongé, en retardant le retour de couches, permet d'espacer les naissances et en voie de conséquence d'abaisser le niveau de fécondité des populations, particulièrement celles vivant dans un contexte de fécondité naturelle. Dans la zone d'étude, selon Bley et col (1999), l'intervalle intergénéral serait actuellement de 17 mois, toutes femmes confondues.

Les pratiques d'allaitement autrefois

Autrefois, les femmes du Ntem allaitaient leurs enfants beaucoup plus longtemps que de nos jours, en moyenne pendant 18,1 mois chez les femmes de plus de 50 ans, avec des variations selon l'état de développement de chacun tel que perçu par les mères (tabl. 6). Néanmoins, chez une même femme, la durée d'allaitement du premier né n'est pas nécessairement la plus longue. La mère peut même l'abréger dans certaines circonstances (tarissement de la production de lait, enfant malade ou qui refuse de prendre le sein). Elle peut par contre allaiter au-delà de 2 ans si l'enfant tarde à marcher, si elle le juge fragile (cas des jumeaux par exemple) ou si elle perçoit chez lui un certain retard

26. *Djabak* est une maladie qui se manifeste par un fort amaigrissement, la présence de diarrhée, de vomissements, de vers intestinaux. L'enfant ne tète plus. On dit qu'il a été « violé » (*adjap*) par le sperme qui passe dans le lait, comme une jeune fille est « violée » lorsqu'elle a des relations sexuelles avant ses règles ; sa croissance va s'arrêter. Par ailleurs le sperme présente un autre risque pour l'enfant en provoquant une nouvelle grossesse. (Bernard, 2000).

psychomoteur. Pour une même femme, on peut observer jusqu'à 16 mois d'écart entre les durées d'allaitement de ses différents enfants.

Selon les femmes âgées de plus de 50 ans, l'interdit de relations sexuelles jusqu'au sevrage de l'enfant, était autrefois très fort et très respecté : 86 % des femmes actuellement ménopausées l'ont scrupuleusement suivi. Il leur était même interdit de toucher le lit de leur époux entre le 5^e mois de grossesse et les 24 mois précédant le sevrage complet ²⁷.

	15-19 ans	20-29 ans	30-49 ans	50 ans +
	n = 8	n = 52	n = 109	n = 54
Premier enfant (moyenne)	14,1 mois	16,6 mois	17,4 mois	18,1 mois
Médiane (P 50)	15 mois	17 mois	18 mois	18 mois
Extrêmes	12-19 mois	8*-24 mois**	3*-25 mois**	8*-26 mois**
Tous enfants confondus				
Moyenne de durées les plus courtes	14,1 mois	16,3 mois	16,2 mois	17,2 mois
Moyenne de durées les plus longues	14,1 mois	18,1 mois	19,3 mois	20,3 mois

Tabl. 6 - Durée de l'allaitement selon l'âge des femmes.

* enfants nourris au biberon

** enfants dont la mère perçoit un certain retard psychomoteur chez son enfant.

Les pratiques d'allaitement de nos jours

De nos jours, la durée d'allaitement s'est globalement raccourcie (14,1 mois chez les femmes âgées de 15-19 ans), en relation avec les nouvelles aspirations et le mode de vie moderne (scolarisation, usage du biberon ²⁸).

Les mœurs ont changé, l'homme et la femme partagent plus rapidement la même couche. Seules 62 % des femmes âgées de 30 à 49 ans ont pratiqué l'abstinence jusqu'au sevrage définitif du dernier enfant et 50 % des 20 à 29 ans. On reprend les relations sexuelles, idéalement après la venue des règles ²⁹, mais la période la plus dangereuse concerne les 6 premiers mois. Actuellement, elles sont une minorité à ne pas même respecter l'interdit au début de l'allaitement. Dans ce cas, elles contournent le danger par la pratique du coït interrompu ou retrait, communément appelé *etun* ou « demi-tarif ³⁰ ».

27. Sur 65 femmes fécondes de plus de 50 ans, 11 dormaient dans des lits séparés et 9 femmes seulement n'ont pas respecté l'interdit jusqu'au sevrage.

28. 4 femmes sur 52 de 20-29 ans (8 %), 7 femmes sur 109 de 30-49 ans (6 %) ont nourri leur enfant au biberon. Dans ce cas, le biberon est introduit à l'âge de 8 mois sauf cas majeur (maladie de la mère, production insuffisante de lait, etc).

29. Si la femme reprend ses relations avant le retour de couches, son lait risque de devenir comme de l'eau et l'enfant tombe malade. On peut prévenir le risque en donnant à boire au bébé une décoction d'écorce de l'arbre *ekuk* ou du jus de manioc.

30. *Etun* : demi tarif ; métaphore issue du domaine des transports lorsque les femmes commerçantes et voyageuses demandent une réduction (demi-tarif) au chauffeur.

Ce n'est pas une pratique très ancienne : les femmes les plus âgées ne la connaissent pas ³¹. Elle est par contre assez populaire parmi les femmes sexuellement actives ³² qui se permettent de contourner l'interdit, protégeant ainsi l'enfant allaité et évitant le risque d'une nouvelle grossesse. Une autre pratique, moins répandue pour cet objectif est l'usage du préservatif chez les plus jeunes.

CHANGEMENT DE PRATIQUES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

La plupart des pratiques touchant la vie féconde sont motivés par le désir d'enfant, la limitation des naissances ou encore l'espacement des naissances. Elles ont parfois pour cible le « ver » et ses manifestations telles que son impact sur certaines formes de stérilité. Bien que n'étant pas motivées par rapport au désir d'enfant, ces pratiques ont un impact sur la fécondité.

Le changement de pratiques relatives à la vie féconde peut aussi être envisagé en tant qu'indicateur des disponibilités en matière de planning familial et des motivations des femmes à les utiliser afin de faire face à leurs problèmes les plus aigus relatifs au désir d'enfant.

Les pratiques du passé

Autrefois, le taux de stérilité était si important que les femmes n'envisageaient pas de limiter volontairement leurs naissances. Les femmes atteintes de stérilité primaire et secondaire ont tout naturellement mis en jeu des pratiques visant à faire face à l'hypo-fécondité. Cette hypo-fécondité se manifestait essentiellement au travers de fausses couches à répétition, attribuées à la présence néfaste du « ver » traité auprès de guérisseurs spécialisés, plus récemment à l'hôpital, sinon les deux. Plus du tiers des femmes stériles et hypo-fécondes ont eu recours à un traitement traditionnel pour juguler la puissance du « ver » ou pour avoir des enfants.

Néanmoins 11 femmes sur 38 grandes multipares (ayant de 6 à 11 enfants nés vivants) ont eu recours aux traitements indigènes pour limiter leurs grossesses. La plupart de ces traitements traditionnels visaient à abaisser la puissance du « ver » par des lavements pratiqués à la poire à lavement appelée « pompe à purge ».

En général, la vie génésique des grandes multipares que nous avons rencontrées s'est terminée « naturellement » par un arrêt de fécondité précédé de nombreuses fausses couches.

31. Cette question saugrenue leur a donc été épargnée.

32. 26 % des femmes de 30 à 49 ans (sur 113 ayant allaité) ont pratiqué le retrait pendant la période d'allaitement et 25 % (sur 58 ayant allaité) dans la classe 20-29 ans.

Les pratiques actuelles

Actuellement, à quelques exceptions près – jeunes épouses n’arrivant pas à réaliser une première grossesse – la majorité des pratiques ne visent plus à accroître le nombre d’enfants mais plutôt à l’abaisser, particulièrement chez les femmes approchant la ménopause, encore fertiles, fatiguées par la charge physiologique que représente une grossesse supplémentaire et effrayées de la charge économique que représente une famille jugée trop nombreuse.

Les femmes de 30-49 ans

Dans les villages du Ntem, 12 grandes multipares sur 38 (32 %) ont eu recours aux tradipraticiens pour limiter leurs grossesses ³³. Certaines femmes, fatiguées par l’assiduité de leur mari et les grossesses qui s’en suivent, négocient, parfois difficilement et avec quelques années d’avance ³⁴, une abstinence volontaire. Chez les grandes multipares non ménopausées, l’abstinence a ainsi été négociée par 7 femmes âgées de plus de 39 ans ayant toutes mis au monde entre 7 et 15 enfants vivants.

L’avortement clandestin existe depuis longtemps, mais a pris de l’ampleur en relation avec le nouveau contexte de fécondité. Certaines femmes sont connues dans les villages pour le pratiquer ³⁵. Dans les villages du Ntem, 9 femmes sur les 38 (24 %) ayant mis au monde de 6 à 12 enfants ont eu recours à ce type d’avortement ³⁶.

La ligature des trompes, proposée à Ebolowa à un prix inaccessible à la plupart des couples, reste davantage un souhait qu’une réalité : 5 femmes de plus de 35 ans ayant mis au monde 10 à 12 enfants vivants ont bénéficié, moyennant finance ³⁷, d’une ligature des trompes, alors qu’elles n’étaient pas encore ménopausées, et ne le regrettent pas. D’autres femmes ont été opérées, probablement de fibromes.

Certains traitements modernes visent à soigner les MST responsables d’infections, d’avortements et de l’obstruction des trompes. Outre les antibiotiques, les comprimés et ovules désinfectants ont un gros succès.

33. On peut leur associer une femme pratiquant la prière.

34. Les rapports sexuels sont considérés comme dangereux pour la femme qui n’a plus de règles; l’excès de chaleur produit par le sperme de l’homme est considéré comme nocif à la santé des femmes ménopausées. La plupart d’entre elles ne sont en général plus «poursuivies » par leur mari. Ce n’est pas toujours le cas, surtout lorsque l’homme est plus jeune que la femme. Moins souvent polygame qu’autrefois, le mari exerce des pressions sur sa femme afin qu’elle lui cède, ce qui peut arriver car il menace de prendre une deuxième épouse.

35. Avec une poire à lavement, on introduit dans l’anus une décoction de piment *ondondo* ou d’écorces d’*akom* et *akora*. Les effets sont dangereux et la pratique est reconnue d’une efficacité limitée.

36. Compte tenu du contexte d’illégalité, ces chiffres sont un minimum.

37. Il faut compter environ 40 000 F CFA (400 FF) pour un avortement clandestin sous contrôle médical, parfois pratiqué par de simples infirmiers.

Les jeunes femmes de 20-29 ans

Les femmes âgées de 20 à 29 ans, pour la plupart mariées, sont plutôt intéressées par l'espacement des naissances. Certaines ont recours à des décoctions de plantes à boire. D'autres femmes affirment avoir arrêté temporairement ou définitivement de concevoir après avoir introduit des plantes dans leur vagin et « déposé » symboliquement leur fécondité en brousse sous forme de ces mêmes plantes enfermées dans une bouteille, l'effet étant réversible. Les commerçantes, mobiles et dynamiques, ont davantage recours aux moyens modernes permettant de maîtriser leur fécondité (condom, pilule et piqure).

À Ma'an, on propose des préservatifs, des pilules et des piqures trimestrielles à faible prix, mais la plupart des femmes ne le savent pas, ou habitent trop loin. Une consultation est organisée par les services du planning familial d'Ambam (relativement éloigné géographiquement), mais elle est irrégulière et peu de femmes en sont averties.

Le préservatif, récemment promu par les campagnes d'IEC (Information-Éducation-Communication) à propos du sida, est encore peu utilisé. Il est vrai que la région a été quelque peu oubliée par ces campagnes, qui n'ont pas été renouvelées depuis plus de 10 ans ³⁸. Chez les Mvae, le pasteur parle du condom et du Sida, mais ne propose pas de préservatifs. Les femmes les plus âgées n'en ont même pas entendu parler ³⁹. Au sein du couple, son utilisation peut être motivée par l'espacement des naissances ou le risque d'empoisonnement de l'enfant allaité. Davantage de femmes l'ont utilisé dans un contexte d'union illégitime, contre le risque de contracter une MST.

La pilule est disponible à l'hôpital de Ma'an, pour un coût modeste. Les piqures trimestrielles le sont aussi. Elles sont très populaires auprès de femmes qui se déplacent souvent, mieux informées et plus libres de leurs choix. On constate que ces pratiques modernes sont globalement peu utilisées par manque d'information, même chez les jeunes : 5 femmes tous âges confondus disent utiliser ou ont utilisé ces pratiques qui seraient pourtant préférables à l'avortement clandestin (*tabl. 7*).

Les adolescentes (15-19 ans)

Ces jeunes filles, souvent naïves, sont confrontées au désir de poursuivre leurs études. Toutes désirent avoir des enfants, parfois plus de 6, mais plus tard. Elles essaient de retarder la première grossesse, souvent sans succès, car elles connaissent peu de pratiques, les maîtrisent mal et n'osent pas se présenter à la section « planning » de l'hôpital fréquentée par la génération de leurs parents.

38 Le programme démographie d'APFT (Union Européenne, DG 8) et « usage du préservatif » du CNRS ont permis de combler en partie l'information et de répondre aux besoins des villageois en matière de planning (démonstration et vente de préservatifs) (voir Vernazza-Licht, 2000).

39. Un certain nombre de femmes confondent condom et gordon, dénomination de l'alcool fort vendu en sachet.

	15-19 ans Ma'an	15-19 ans Village	20-29 ans Village	30-49 ans Village	50 ans + Village
N	62	40	70	114	101
Femmes ayant déjà accouché	N = 10	N = 18	N = 58	N = 113	N = 74
Abstinence durant l'allaitement *	8 sur 10	60 %	50,8%	62,4 %	86,2 %
Préservatif connaît utilise **	69,5 % 18,6 %	93,5 % 35,5 %	82,0 % 29,5 %	72,0 % 13,4 %	Non demandé
Demi tarif connaît utilise	4,9 % 1,6 %	61,9 % 14,3 %	72,9 % 25,4 %	80,2 % 25,6 %	Non demandé
Cycle connaît utilise	61,0 % 55,2 %	90,9 % 66,7 %	57,5 % 31,0 %	50,0 % 30,3 %	Non demandé

Tabl. 7 - Pratiques liées à la gestion de la vie féconde dans la vallée du Ntem.

*Le calcul a été fait sur les femmes ayant déjà accouché

** Il s'agit le plus souvent d'une utilisation occasionnelle.

L'observation du cycle menstruel est une pratique récente qui concerne surtout les adolescentes ayant vécu en ville et ayant un niveau scolaire avancé. La plupart des jeunes filles n'ont reçu aucune information sur le cycle menstruel et le risque de grossesse puisque, dans le meilleur des cas, ce sujet est abordé au collège, en 4^e. L'information, délivrée trop tardivement, puisque la première relation sexuelle survient dans la grande majorité des cas en fin de cycle primaire (CM2) ou début de cycle secondaire (6^e et 5^e), est 3 fois sur 4 souvent faussement interprétée ⁴⁰.

À Ma'an, les élèves de l'école sont pour la plupart des jeunes filles issues du monde rural voisin. Comme les villageoises, elles sont intéressées par les moyens leur permettant de résoudre les problèmes relatifs à la gestion de la vie sexuelle auxquels elles sont confrontées au quotidien : éviter les MST (le « ver » dérange 21 % des collégiennes sexuellement actives), les grossesses (22 % des collégiennes ont eu des grossesses non désirées ou sont actuellement enceintes, 10 ont déjà accouché d'un enfant) afin de poursuivre leurs études. Les moyens à leur disposition leur sont mal connus, peu accessibles, et lorsqu'ils sont utilisés sont mal maîtrisés. Une seule écolière de Ma'an a reconnu avoir pratiqué l'avortement clandestin ⁴¹. Cette pratique, désastreuse pour la santé reproductive, pourrait être davantage répandue si les grossesses précoces étaient mal acceptées dans les villages, ce qui n'est pas le cas.

40. La plupart des femmes interrogées sur leur période de fécondité théorique, la situent pendant les règles, et jusqu'à 15 jours après. Nous avons expliqué et laissé des schémas des cycles.

41. Ce chiffre est certainement sous-estimé car en février 1998, à Ma'an, deux adolescentes scolarisées ont failli perdre la vie suite à un avortement clandestin. Une information judiciaire a été lancée à l'encontre de la femme avorteuse.

CONCLUSION : ATTENTES DES FEMMES EN MATIÈRE DE MAÎTRISE DE LEUR FÉCONDITÉ

Les résultats que nous avons trouvés sont globalement en accord avec ceux de l'enquête démographie-santé de 1998. Notre étude a permis de les affiner et de mieux apprécier les mécanismes explicatifs et les particularités d'une petite population forestière engagée dans un processus de transition démographique.

Les pratiques liées à la maîtrise de la fécondité des femmes ont été marquées par l'évolution du contexte socio-sanitaire et la scolarisation des femmes.

La vie des femmes les plus âgées, actuellement *veuves* et *sans véritable soutien de famille* puisque stériles, a été marquée par le *désir d'enfants* et le besoin de neutraliser le « ver » responsable de fausses couches et de douleurs abdominales.

Inversement les femmes de plus de 35 ans non encore ménopausées sont confrontées aux problèmes générés par une fécondité trop élevée au regard de leur désir d'enfant, de la charge familiale et de la fatigue que les multiples grossesses ont occasionné. Ces femmes, mal informées des méthodes contraceptives et de leurs disponibilités, recourent parfois à l'avortement clandestin. Nombreuses parmi les grandes multipares sont demandeuses de contraception définitive par ligature des trompes (*tabl. 8*), soutenues par leurs maris, lorsqu'ils étaient présents.

Âge	15-19	20-29	30-49
Effectif	n = 19	n = 70	n = 98
Stérilisation (ligature des trompes)	0 %	1%	28%
Contraception temporaire	5%	9%	6%
Désir de grossesse	0 %	6%	9%
Traitement de MST	11%	9%	5%

Tabl. 8 - Attentes des femmes concernant leur vie génésique.

Les jeunes filles commencent leur vie féconde dans un contexte de plus en plus marqué par la ville et l'école. Une première grossesse en cours de scolarité peut apparaître catastrophique et donner lieu à un avortement.

Actuellement, même si la stérilité primaire a disparu, les dérangements causés par les infections des voies génitales sont toujours d'actualité. Il semble qu'ils soient la première raison d'utilisation des préservatifs (hors contexte de mariage).

Les besoins en planning familial se font cruellement sentir, en vue d'une contraception temporaire ou définitive pour les grandes multipares, contraception et espacement des naissances pour les femmes les plus jeunes.

L'accès aux services du planning familial apparaît non seulement comme une amélioration de la qualité de vie des femmes (possibilité de prolonger les études, d'éviter les fatigues liées à des grossesses multiples et rapprochées, moindre charge économique), mais au niveau collectif elle permet aussi d'aller dans le sens des politiques nationales en matière de fécondité harmonisées avec les aspirations des femmes.

Remerciements

Nous remercions l'Union Européenne (programme APFT, DG8) qui a financé cette étude dans laquelle s'est inséré le programme « usages du préservatif au Cameroun : quel discours pour quelle prévention » (H. Pagezy, N. Vernazza-Licht) du CNRS. Nous tenons aussi à remercier pour leur appui le PNLS (Mrs Delon et Abessolo) et du PMS (Mr Kwite) qui ont fourni des préservatifs et des affiches éducatives.

Remerciements également à Nicolas Alo'o Eyene, Serge Cogels (ethnologue APFT) et Naomi Koppert et aux femmes de la vallée du Ntem, en particulier Blandine Benga.

BIBLIOGRAPHIE

- BERNARD (O.) 1998, *Mesure et perception de la malnutrition dans une population d'enfants de 0 à 6 ans du Sud-Cameroun*, D.E.A Anthropologie, Aix-Marseille 2, 58p.
- BERNARD (O.), PAGEZY (H.), BLEY (D.) 2000, Perception de la malnutrition chez l'enfant préscolaire dans la vallée du Ntem (Sud-Cameroun), in S. Bahuchet, D. Bley, H. Pagezy et N. Vernazza-Licht (éds). *L'homme et la forêt tropicale*, Grasse, éditions du Bergier, Travaux de la Société d'Écologie Humaine, 1999, p. 629-638.
- BLANC, DUMOTIER (M.) 1996, Mesure de l'état de santé d'une population, *Impact Internat.*, juillet-août : 145-153.
- BLEY (D.), BOETSCH (G.) 1999, *L'anthropologie démographique*, Paris, PUF, 127 p.
- BLEY (D.), MUDUBU (L.K.), PAGEZY (H.) 1999, *Structure et dynamique d'une population forestière du Sud-Cameroun*, Travaux et documents publiés par l'IFORD, Yaoundé, IFORD-APFT, 101 p.
- BLEY (D.) et PAGEZY (H.) 2000, Démographie, in S. Bahuchet (éd.) *Les peuples des forêts tropicales aujourd'hui*, Volume II : Une approche thématique, Programme Avenir des Peuples des Forêts Tropicales (APFT), Bruxelles, APFT-ULB, p. 221-236.
- BOUDIGOU (R.), BLEY (D.), PAGEZY (H.), VERNAZZA-LICHT (N.) 1997, Le retour au village des migrants comme exemple des interactions ville/forêt, au Sud-Cameroun, in *Villes du Sud et environnement*, Grasse, éditions du Bergier, Travaux de la Société d'Écologie Humaine, p. 225-241.
- BOULY DE LESDAIN (S.) 1998, Sexualité et procréation chez les Mvae (Cameroun). *Autrepart* 7 : 139-152.

- COALE (A.J.) 1969, Estimations de la fécondité et de la mortalité en Afrique tropicale, in J.C. Caldwell et C. Okonjo (éds), *La population de l'Afrique tropicale*, The population Council, New York, p.243-252.
- COGELS (S.), PASQUET (P.) 1999, Vivre à Mvi'ilimengale : la gestion quotidienne du temps des essarteurs Ntumu du Sud-Cameroun, in D. Bley, H. Pagezy et N. Vernazza-Licht (éds), *L'homme et la forêt tropicale*, Grasse, éditions du Bergier, Travaux de la Société d'Écologie Humaine.
- CHESNAIS (J.-C.) 1986, La transition démographique, étapes, formes, implications, Paris, PUF.
- DHS 1998, Enquête démographique et de santé 1998, Bureau central des Recensements et des Études de population, Ministère des Investissements Publics et de l'Aménagement du Territoire, 247 p.
- DOUNIAS (E.) 1993, *Dynamique et gestion différentielles du système de production à dominante agricole des Mvae du Sud-Cameroun forestier*, Thèse de biologie végétale tropicale, Université de Montpellier 2.
- EVINA (A.) 1990, *Infécondité et sous-fécondité : évaluation et recherche des facteurs*, Le cas du Cameroun, Travaux et documents publiés par l'IFORD.
- GENTILINI (M.) 1995, Gynécologie. Obstétrique, Régulation des naissances. Infécondité, in M. Gentilini (éd.), *Médecine Tropicale*, Paris, Flammarion p. 928.
- HÉRITIER (F.) 1996, *Masculin/féminin. La pensée de la différence*, Paris, Éditions Odile Jacob, 332 p.
- MOLINES, BERNARD (O.), PAGEZY (H.), BLEY (D.) 2000, Évolution de la fécondité et de la mortalité des enfants dans la région du Ntem (Sud-Cameroun), in S. Bahuchet, D. Bley, H. Pagezy et N. Vernazza-Licht (éds), *L'homme et la forêt tropicale*. Grasse, éditions du Bergier, Travaux de la Société d'Écologie Humaine, 1999, p. 615-628.
- PAGEZY (H.) 1997, Contexte socioculturel de la sexualité dans une région forestière enclavée du Zaïre. Interdits de relations sexuelles et espaces de tolérance, ANRS-ORSTOM, collection Sciences sociales et sida : 59-68.
- PAGEZY (H.), CARRIÈRE (S.), COGELS (S.) 2000, Vallée du Ntem (Sud-Cameroun), in S. Bahuchet (éd.), *Les peuples des forêts tropicales aujourd'hui*, Volume III : Région Afrique Centrale, Programme Avenir des Peuples des Forêts Tropicales (APFT), Bruxelles, APFT-ULB, p. 221-236.
- RETEL-LAURENTIN (A.) 1974, *Infécondité en Afrique Noire : maladies et conséquences sociales*, Paris, Masson : 188 p.
- SCHRIJVERS (D.), DELAPORTE (E.), PEETERS (M.), DUPONT (A.), MEHEUS (A.) 1991, Sero-prevalence of retroviral infection in women with different fertility statuses in Gabon, Western Equatorial Africa, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 4: 468-470.
- TABUTIN (D.), 1982, Évolution régionale de la fécondité dans l'Ouest du Zaïre, *Population* 1 : 29-50.
- VAN DE WALLE (E.) 1996, L'âge au mariage : tendances récentes, in K.A. Foote, K.H. Hill et L.G. Martin (eds), *Changements démographiques et Afrique subsaharienne*, Paris, INED/PUF, p. 119-154.
- VERNAZZA-LICHT (N.) 2000, Usages des préservatifs et gestion de la sexualité dans une population forestière du Sud-Cameroun dans le contexte d'épidémie de sida, in S. Bahuchet et col. (éds), *L'Homme et la forêt tropicale*, Grasse, éditions du Bergier, SEH/APFT, p. 689-707.